



Dipartimento Farmaceutico
Via Nizza, 146 – 84124 SALERNO

All' Azienda Sanitaria Locale SALERNO
c.a. Dipartimento Farmaceutico
via Nizza, 146
84124 Salerno

e, p.c. Al Presidente Ordine dei Farmacisti
Provincia di Salerno

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla sostituzione temporanea nella direzione tecnica
della Farmacia - L. n. 362/94, art. 11, comma 2.

Il/la sottoscritto/a

Titolare/Direttore tecnico della Farmacia..... cod.

sita nel Comune di

via/piazza.....

CHIEDE

di poter essere sostituito/a nella conduzione tecnica della suddetta farmacia per la seguente motivazione,
come prevista all'art. 11, comma 2 della L. 362/91:

.....

dal/...../..... al...../...../..... dal/la Dott./Dott.ssa.....

già/nuovo collaboratore della Farmacia, il/la quale sottoscrive la presente istanza per accettazione.

Allega alla presente la documentazione attestante la motivazione per la presente richiesta di sostituzione
(*nei casi da documentare*), il certificato di iscrizione (con data non anteriore a tre mesi) all'Albo dell'Ordine
professionale della Provincia di..... del Farmacista sostituito, corredato da
autocertificazione sostitutiva di certificazioni.

FIRMA E TIMBRO

Data.....

.....

Firma del Collaboratore per accettazione della nomina

